

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2951748820210113155733

Processo 0800916-04.2020.8.23.0060 ☆ - (33 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14127361



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00717/00718 - carta_03 - INVALIDEZ

00070359



Carta nº 14129037

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8HF 2FF2N 9TK4F MJ2D3



:



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01841/01842 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14300697

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8HF 2FF2N 9TK4F MJ2D3





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00005/00006 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14335360

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8HF 2FF2N 9TK4F MJ2D3





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00591/00592 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14627414

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8HF 2FF2N 9TK4F MJ2D3





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14726445

Pag. 00827/00828 - carta_03 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8HF 2FF2N 9TK4F MJ2D3





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE AMARANTE DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000003783-4**

Conta: **000004115-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00777/00778 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8HF 2FF2N 9TK4F MJ2D3

 Seguradora Líder - DPVAT	AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE	Autorização de pagamento 	AT
Nº DO SINISTRO _____		CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA	

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Amante da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 340288 EXPEDIDO POR SESP-PA EM 24/10/2008 E
CPF 058334043192-20 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO agultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Amante da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 001 AGÊNCIA 37934 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 44157

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Parauapebas-PA DATA 01/03/2019

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) João Amante da Silva

 **ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

INV

BOLETIM DE Ocorrência: 385/19 DATA: 27/02/2019 HORA: 16:42
ATENDENTE: ACPC RUY DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 17/01/2019 HORA: 06:00
LOCAL: VICINAL 18, KM 13, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

Boletim de ocorrência



DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOSÉ AMARANTE DA SILVA RG: 140288 SSP/RR CPF: 581.404.172-20
DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1966 IDADE: 53 SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: CHAPADINHA UF: MA
PAI: SEBASTIÃO LAGO DA SILVA MÃE: EUZANIRA VIEIRA DA SILVA
CNH PJ
GRAU DE ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ENDEREÇO: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSE, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR
REFERÊNCIA: PERTO DA PONTE
TELEFONE: 95 988030065/95 988034154

RECEBIDO

08 MAR 2020

Substituto Lidei DE VAT

CODIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

TRANSITO

ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que na data e hora acima estava indo juntamente com seu filho a São Luiz do Anauá, na motocicleta conduzida por seu filho, PLACA NUJ2679, RENAVAM 00500346089, CHASSI 9C2KD0540DR111280, quando colidiu com um porco, que foi socorrido pelo proprietário do porco, conhecido por RAIMUNDÃO DA ZUMIRA, que o levou para o hospital de São Luiz do Anauá e de lá foi encaminhado para Rorainópolis por falta de material naquela unidade, que a policia militar não foi ao local. Que apresentou cópia autenticada da Guia De Atendimento do Hospital De Rorainópolis, no momento da confecção deste Boletim de Ocorrência, segue em anexo. É o relato.

ACPC RUY
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ AMARANTE DA SILVA
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____

Intimado para dia ____/____/____ as ____:____
Testemunhas: _____

Delegado(a) de Policia Civil

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.
O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

Delegacia de Rorainópolis

End.: Rua Hildemar Pereira de Figueiredo, s/nº, Cep.: 69373-000, - Pantanal - Rorainópolis/RR
Telefone: Plantão (95) 3238-1329/197 ou Gab. 3238-2114 - e-mail: dnrainopolis@pcr.rr.gov.br

PROJETO CORRIGENDOS - L. 01. DOCUMENTO NAO	
CONFIDENCIAL	
☒	BO em cópia simples
☐	Comprovante de anotações médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☐	Laudo de IMI em cópia simples
Sefelhar documento assinado conforme Guia de Regulação	
Assinado em 13/01/2021 - 13:05:41	





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

Boletim de ocorrência



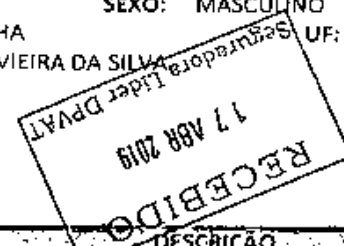
BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **385/19** DATA: 27/02/2019 HORA: 16:42
ATENDENTE: ACPC RUY DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 17/01/2019 HORA: 06:00
LOCAL: VICINAL 18, KM 13, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOSÉ AMARANTE DA SILVA RG: 140288 SSP/RR CPF: 581.404.172-20
DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1966 IDADE: 53 SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: CHAPADINHA UF: MA
PAI: SEBASTIÃO LAGO DA SILVA MAE: EUZANIRA VIEIRA DA SILVA
CNH PJ
GRAU DE ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ENDEREÇO: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSE, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR
REFERÊNCIA: PERTO DA PONTE
TELEFONE: 95 988030065/95 988034154



CODIGO

1001

INFRAÇÃO

TRANSITO

DESCRIÇÃO

ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que na data e hora acima estava indo juntamente com seu filho a São Luiz do Anauá, na motocicleta conduzida por seu filho, PLACA NUJ2679, RENAVAM 00500346089, CHASSI 9C2KD0540DR111280, quando colidiu com um porco, que foi socorrido pelo proprietário do porco, conhecido por RAIMUNDÃO DA ZUMIRA, que o levou para o hospital de São Luiz do Anauá e de lá foi encaminhado para Rorainópolis por falta de material naquela unidade, que a policia militar não foi ao local. Que apresentou cópia autenticada da Guia De Atendimento do Hospital De Rorainópolis, no momento da confecção deste Boletim de Ocorrência, segue em anexo. É o relato.

ACPC RUY
AGENTE DE POLÍCIA

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

José Amarante da Silva
JOSÉ AMARANTE DA SILVA
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____

Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil

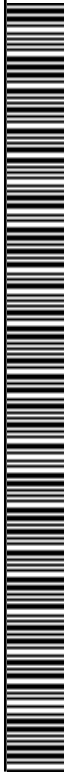
Testemunhas:

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

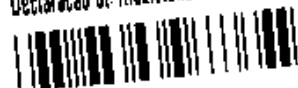


EM BRANCO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Jose Amarante da Silva, portador da carteira de identidade nº 140288 SSP-PA e inscrito no CPF/ME sob o nº 583.404.372-20, residente e domiciliado na ruim 18 km E. Centro, Cidade São Luiz do Maranhão Estado Maranhão, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Amarante da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Parauapebas PA, 01/03/2019

Local e data





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL FRANCISCO RICARDO DE MACEDO

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DE NASC.: ____/____/____
RG: ____ UF: ____
CPF: ____
SUS: ____

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
17	01	19	7:05	

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:				
Nome: José Amarante da Silva.			Idade: 53a	Sexo: M
Rua/Avenida: Vic. 18 Km 18			Nº	Complemento:
Bairro: 2 Rural	Município: São Luiz	Estado: RR	Telefone: 98803-4154	
Filiação	Pa: Euzanira Vieira Silva.	Mãe:		

02 DO ACIDENTE			
☐ RESIDÊNCIA	☐ VIA PÚBLICA	☐ TRABALHO	☐ TRÂNSITO
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA			
☒ TRANSPORTADO	☐ DE AMBULÂNCIA	☐ REMOVIDO	

Comprovação de ato declaratório



04 TIPO DE ACIDENTE				
☒ TRAUMÁTICO	☐ QUEIMADURA	☐ ENVENENAMENTO	☐ CHOQUE ELÉTRICO	☐ OUTROS (DESCREVER)
uma escada				

05 SE ACIDENTE DE TRABALHO: ESPECIFICAR				
PROFISSÃO				
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

06 DOENÇA OCUPACIONAL		
☐ SIM	☐ NÃO	☐ QUAL (ESPECIFICAR)

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA	
ESPECIALIDADE	Urgência de lesão de corpo com Pareo -
RESUMO CLÍNICO	Altera. Condição. Direção. Com trauma
EXAME FÍSICO	em T. Inferior. Exposto - com escarificação
	Suficiente. Tra. Pareo
	Certa dependência da Pareo.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO)	
Rx de T. Inferior Exposto	
RESULTADOS DE OUTRA UNIDADE (RESULTADO NO VERSO)	

DIAGNÓSTICO	
PROVAVEL:	Urgência de Pareo de corpo com Pareo
DEFINITIVO:	Suspeita de fratura em T. Inferior Exposto

08 DESTINO DO PACIENTE	
REMOVIDO PARA	
INTERNO NO (A)	

☐ ALTA	☐ RESIDÊNCIA COM ORIENTAÇÃO	☐ SE AFETADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?
DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
	Enf.ª Odete	Dr. João Alves Barbosa Filho

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

RADIOLOGIA: RESULTADO DOS EXAMES COMPLEMENTARES

ANAMNESE DO PACIENTE:

P.A: 130 x 80 mm/Hg

TEMP.: °C

PESO: 55,800 kg

DESTRO: mg/dl

ALERGIA? SIM () NÃO (X)

DESCREVA AQUI:

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA E ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

DATA

A

8.05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

Dr. Libério Almeida Gomes
CRM 155.544

**Comprobante de residencia**

0531242-E

Nº da Nota Fiscal: 002832001

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

JOSE AMARANTES DA SILVA

V. 18 KM E CENTRO

CPF: 00058140417220

CEP: 69.370-000 - SAO LUIZ DO ANILIA

ROT: 401.050.01.51.030000

CADERNO DA UNIDADE COM-SUS/UBRPA					
Cidade/Subsetor	Ligação	Número Medica	Posto	Código Fin.	Mês 12 meses
RURAL	BI	7DB1617572		4.2.2.2	367

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DECLARAMOS QUITADOS DEBITOS DESTA UC NO ANO DE 2018 (LEI 12007/09)
 21QGE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 3F14.18F1.F2F0.7066.C150.9F35.42C8.9175

100

ROT: 401.050.01.51.039000


**RORAIMA
ENERGIA**

Romina Energía S.A.
Av. Capitán Em. Gombéz 881 - Centro - Bos. Verde - RDR
CMT-02 341.470.500-44 / Fax: Estación: 24.007.053

SEU CÔDIGO

0531242-6

MÊS FATURADO

05/2019

TOTAL PAGE - 01

195-17

VERGIMENTO

20/06/2019

Nº da Nota Fiscal:

002832001--FCAM

~~83690000001-6~~

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 11:06 11 November 2014



0531242-6

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

165, 17

ROT: 401.050.01.51.039000

Abuel:	08/03/2019
Anterior:	05/04/2019
Próxima Leitura:	05/06/2019
Emissão:	07/05/2019
Apresentação:	08/05/2019

NORMAL

33

214

“**BI**

TD#1617572

4.2.2.2

387

Médicamento consumido	
ABR/19	309
MAR/19	320
FEV/19	390
JAN/19	398
DEZ/18	395
NOV/18	359
OUT/18	391
SET/18	346
AGO/18	392
JUL/18	382
TAPISA SEM TRÍPLIMOS:	
BA 176 -	6.4442

CONSUMO 176 A R\$ 0.535228 -
CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00
MULTA POR ATRASO 02/19-00
JUIROS DE MORA DE TIPO 02/19-00

94,20
3,57
4,27
3,13

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$
1999	200

As informações aqui contidas são de caráter reservado e não devem ser divulgadas para terceiros sem a devida autorização da ANEP. Caso tenha efetuado o registro, favor desconsiderar o presente aviso.

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2015 (Lei
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

Distribuição:	24,21
Energia:	51,32
Transmissão:	0,00
Encargos:	2,66
Tributos:	16,01

Base de Cálculo:	94,20
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	16,01
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00			0,00

0372019 0.00


RORAIMA
ENERGIA

0531242-6

105.17

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

05/2019

20/06/2019

Nº de Nota Fiscal:

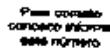
8369000001 6 05170075000 6 00000000531 4 24260519008 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Componente de resistencia

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Abstract



Nº da Nota Fiscal 003380689

CONTA-EMPRESA	CONTA-EMPRESA	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	20/09/2019	263	147,15

CEP: 69.378-000 - SAO LUIZ DO ANAUA

ROT: 401.050.01.51.039000

NORMAL

RURAL

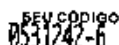
TAG:FA SEM PR:HTCS:
E M 263 - 0.44240

Parabéns! Até o dia 06/03/2019, não constam suas faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESPOSTA EM R\$		RESPOSTA EM %	
Distribuição:	76,70	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	24,18
Transmissão:	3,98	Valor do ICMS:	0,21
Energoes:	25,41	Valor do PIS:	3,07
Tributos:		Valor do COFINS:	

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00			0,00

06/2019



TOTAL A PAGAR - R\$ 127,15

MÊS FATURADO
08/2019

VENCIMENTO
70700/2010

MÊS FATURADO
08/2019

003-69532 1041

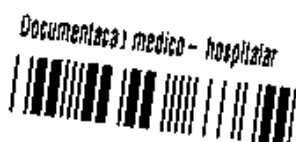
83680000001 7 47150075000 8 00000000531 6 74750010000



SFQ.: 00043 UC: 0531242-G DT: EIT.: 07/08/2019 T.ENTR.: 03
LEITURA: 9511 NORMAL TOTAL: 147,15 CARGA: 001

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
validação feita em <https://lcp.cpf.br/validar> - Identificador: B194E2EE5N0TK1AE M12D3





João Alves Barbosa Filho

Paciente em a captação
a fressa a eleva. fender
se a p. b. ora a. p. p.
engual, y c. n. b. m. b. l.
a t. d. e. b. e. a. g. i. c. e. b. p. e. r.
em a f. b. e. b. e. b. e. b.
p. l. e. 120 p. r. o. x. i. m. o. s.

2x
02
19.

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
CRM-RR 1256

17/01/2019

Guia de Atendimento SPA 02

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTIMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900089213		17/01/2019 10:21:56		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		8	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
JOSE AMARANTE DA SILVA		02/01/1966		53 A 0 M 15 D				58140417220			
Tipo Doc		Documento		Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
IDENTIDADE 140288		SSPRR		24/10/2008		M				PARDA	
Mãe		Pei		Naturalidade						CHAPADINHA	
EUZANIRA VIEIRA DA SILVA		SEBASTIAO LAGO DA SILVA									
Endereço		Contatos									
AVENIDA - JOAO RODRIGUES -		- Cel2: 34039733 -									
Class. de Risco		Plano Convênio		N da Carteira		Validade		Autorizações		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Carate do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
SPA - PRONTO ATENDIMENTO		URGÊNCIA						26.4		138/80	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						Registrado por:	
		DEMANDA ESPONTANEA								MARCIA BARBOSA	
Queixa Principal				☐ Síndrome Fabril ☐ Sintoma Atípico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem											
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)											
Crescimento de todo (sic)											
Exame Físico											
Fimido contendo am... (sic)											
Hipertensão Diastólica											
+ retarda... (sic)											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO											
1) Aspirina 500mg											
2) Paracetamol 1g (4x) (EV)											
3) Ibuprofeno 400mg (4x) (EV)											
4) Repetitiva 2g (EV)											
5) Analgésico sintomático											
Condução											
☐ Alta por Desfecho Médico ☐ Ambulatório											
☐ Alta a Pedido ☐ Observação 24h											
☐ Alta a Revelia ☐ Internação											
☐ Transferência para:											
Data e Hora da Saída/Alta: 27-01-2019											
Atribo											
Antes da 1ª Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Famílias ☐ IML Análise Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável Geral											
Eliete Alves da Silva											
CPF: 598.713.072-00											
HRSGOSP											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Dr. Oscar E. Rios Quinto											
Clínico Geral											
CRM-RR 1993											

JOSE ALSKALTO

05.370.01630001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUSA PINTO

31. 174 - km 453
CEP-89 370-970

016-89370-970

STOCHASTIC

123

14:30 Directo paciente a
permanecer no quarto P.O
para outras visitas por onde
passa - - - - -
10h Parar de levantar
sem autorizações e por
os barbeiros, operários
etc - - - - -
15/6 - Pl baixo e pedine
Pl que avisa
9/6 - 08 de onde estava
15/6

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

5

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
CRM-RR 1250

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001. Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tirr.ius.br/projudi/> - Identificador: PJ8HF 2FF2N 9TK4F MJ2D3

PRESCRIÇÃO DIÁRIA (MÉDICOS)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

HPSITAL REGIONAL SUL GOV. OTTOMAR DE SOUZA PINTO

UNIDADE / SETOR HRSGOSP / INTERNAÇÃO	QUARTO / Quarto Amarelo	LEITO 23	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE JONAS L. M. Alves			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Drº			

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
		HORARIO
		OBSERVAÇÕES
05.370.046/0007-90	HOSPITAL REGIONAL SUL	
GOVERNADOR JOSE LUIZ DE SOUZA PINHO		
18	Dele Dize	Confere
19	Dele Dize	com original
20	Dele Dize	
21	Dele Dize	
22	Dele Dize	
23	Dele Dize	
24	Dele Dize	
25	Dele Dize	
26	Dele Dize	
27	Dele Dize	
28	Dele Dize	
29	Dele Dize	
30	Dele Dize	
31	Dele Dize	
32	Dele Dize	
33	Dele Dize	
34	Dele Dize	
35	Dele Dize	
36	Dele Dize	
37	Dele Dize	
38	Dele Dize	
39	Dele Dize	
40	Dele Dize	
41	Dele Dize	
42	Dele Dize	
43	Dele Dize	
44	Dele Dize	
45	Dele Dize	
46	Dele Dize	
47	Dele Dize	
48	Dele Dize	
49	Dele Dize	
50	Dele Dize	
51	Dele Dize	
52	Dele Dize	
53	Dele Dize	
54	Dele Dize	
55	Dele Dize	
56	Dele Dize	
57	Dele Dize	
58	Dele Dize	
59	Dele Dize	
60	Dele Dize	
61	Dele Dize	
62	Dele Dize	
63	Dele Dize	
64	Dele Dize	
65	Dele Dize	
66	Dele Dize	
67	Dele Dize	
68	Dele Dize	
69	Dele Dize	
70	Dele Dize	
71	Dele Dize	
72	Dele Dize	
73	Dele Dize	
74	Dele Dize	
75	Dele Dize	
76	Dele Dize	
77	Dele Dize	
78	Dele Dize	
79	Dele Dize	
80	Dele Dize	
81	Dele Dize	
82	Dele Dize	
83	Dele Dize	
84	Dele Dize	
85	Dele Dize	
86	Dele Dize	
87	Dele Dize	
88	Dele Dize	
89	Dele Dize	
90	Dele Dize	
91	Dele Dize	
92	Dele Dize	
93	Dele Dize	
94	Dele Dize	
95	Dele Dize	
96	Dele Dize	
97	Dele Dize	
98	Dele Dize	
99	Dele Dize	
100	Dele Dize	

Cañuto Penco collected
near Puyo. To be examined
herb. of Puyo.

PRESCRIÇÃO DIÁRIA (MÉDICOS)

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
HRSGOSP / INTERNAÇÃO	h7	23	
NOME DO PACIENTE			
JOSE SILVA			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: DR.			
com original			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
		HORARIO	
		SUB	15h - 17h - 18h - 19h - 20h - 21h - 22h - 23h - 24h - 25h - 26h - 27h - 28h - 29h - 30h - 31h - 32h - 33h - 34h - 35h - 36h - 37h - 38h - 39h - 40h - 41h - 42h - 43h - 44h - 45h - 46h - 47h - 48h - 49h - 50h - 51h - 52h - 53h - 54h - 55h - 56h - 57h - 58h - 59h - 60h - 61h - 62h - 63h - 64h - 65h - 66h - 67h - 68h - 69h - 70h - 71h - 72h - 73h - 74h - 75h - 76h - 77h - 78h - 79h - 80h - 81h - 82h - 83h - 84h - 85h - 86h - 87h - 88h - 89h - 90h - 91h - 92h - 93h - 94h - 95h - 96h - 97h - 98h - 99h - 100h - 101h - 102h - 103h - 104h - 105h - 106h - 107h - 108h - 109h - 110h - 111h - 112h - 113h - 114h - 115h - 116h - 117h - 118h - 119h - 120h - 121h - 122h - 123h - 124h - 125h - 126h - 127h - 128h - 129h - 130h - 131h - 132h - 133h - 134h - 135h - 136h - 137h - 138h - 139h - 140h - 141h - 142h - 143h - 144h - 145h - 146h - 147h - 148h - 149h - 150h - 151h - 152h - 153h - 154h - 155h - 156h - 157h - 158h - 159h - 160h - 161h - 162h - 163h - 164h - 165h - 166h - 167h - 168h - 169h - 170h - 171h - 172h - 173h - 174h - 175h - 176h - 177h - 178h - 179h - 180h - 181h - 182h - 183h - 184h - 185h - 186h - 187h - 188h - 189h - 190h - 191h - 192h - 193h - 194h - 195h - 196h - 197h - 198h - 199h - 200h - 201h - 202h - 203h - 204h - 205h - 206h - 207h - 208h - 209h - 210h - 211h - 212h - 213h - 214h - 215h - 216h - 217h - 218h - 219h - 220h - 221h - 222h - 223h - 224h - 225h - 226h - 227h - 228h - 229h - 230h - 231h - 232h - 233h - 234h - 235h - 236h - 237h - 238h - 239h - 240h - 241h - 242h - 243h - 244h - 245h - 246h - 247h - 248h - 249h - 250h - 251h - 252h - 253h - 254h - 255h - 256h - 257h - 258h - 259h - 260h - 261h - 262h - 263h - 264h - 265h - 266h - 267h - 268h - 269h - 270h - 271h - 272h - 273h - 274h - 275h - 276h - 277h - 278h - 279h - 280h - 281h - 282h - 283h - 284h - 285h - 286h - 287h - 288h - 289h - 290h - 291h - 292h - 293h - 294h - 295h - 296h - 297h - 298h - 299h - 300h - 301h - 302h - 303h - 304h - 305h - 306h - 307h - 308h - 309h - 310h - 311h - 312h - 313h - 314h - 315h - 316h - 317h - 318h - 319h - 320h - 321h - 322h - 323h - 324h - 325h - 326h - 327h - 328h - 329h - 330h - 331h - 332h - 333h - 334h - 335h - 336h - 337h - 338h - 339h - 340h - 341h - 342h - 343h - 344h - 345h - 346h - 347h - 348h - 349h - 350h - 351h - 352h - 353h - 354h - 355h - 356h - 357h - 358h - 359h - 360h - 361h - 362h - 363h - 364h - 365h - 366h - 367h - 368h - 369h - 370h - 371h - 372h - 373h - 374h - 375h - 376h - 377h - 378h - 379h - 380h - 381h - 382h - 383h - 384h - 385h - 386h - 387h - 388h - 389h - 390h - 391h - 392h - 393h - 394h - 395h - 396h - 397h - 398h - 399h - 400h - 401h - 402h - 403h - 404h - 405h - 406h - 407h - 408h - 409h - 410h - 411h - 412h - 413h - 414h - 415h - 416h - 417h - 418h - 419h - 420h - 421h - 422h - 423h - 424h - 425h - 426h - 427h - 428h - 429h - 430h - 431h - 432h - 433h - 434h - 435h - 436h - 437h - 438h - 439h - 440h - 441h - 442h - 443h - 444h - 445h - 446h - 447h - 448h - 449h - 450h - 451h - 452h - 453h - 454h - 455h - 456h - 457h - 458h - 459h - 460h - 461h - 462h - 463h - 464h - 465h - 466h - 467h - 468h - 469h - 470h - 471h - 472h - 473h - 474h - 475h - 476h - 477h - 478h - 479h - 480h - 481h - 482h - 483h - 484h - 485h - 486h - 487h - 488h - 489h - 490h - 491h - 492h - 493h - 494h - 495h - 496h - 497h - 498h - 499h - 500h - 501h - 502h - 503h - 504h - 505h - 506h - 507h - 508h - 509h - 510h - 511h - 512h - 513h - 514h - 515h - 516h - 517h - 518h - 519h - 520h - 521h - 522h - 523h - 524h - 525h - 526h - 527h - 528h - 529h - 530h - 531h - 532h - 533h - 534h - 535h - 536h - 537h - 538h - 539h - 540h - 541h - 542h - 543h - 544h - 545h - 546h - 547h - 548h - 549h - 550h - 551h - 552h - 553h - 554h - 555h - 556h - 557h - 558h - 559h - 560h - 561h - 562h - 563h - 564h - 565h - 566h - 567h - 568h - 569h - 570h - 571h - 572h - 573h - 574h - 575h - 576h - 577h - 578h - 579h - 580h - 581h - 582h - 583h - 584h - 585h - 586h - 587h - 588h - 589h - 590h - 591h - 592h - 593h - 594h - 595h - 596h - 597h - 598h - 599h - 600h - 601h - 602h - 603h - 604h - 605h - 606h - 607h - 608h - 609h - 610h - 611h - 612h - 613h - 614h - 615h - 616h - 617h - 618h - 619h - 620h - 621h - 622h - 623h - 624h - 625h - 626h - 627h - 628h - 629h - 630h - 631h - 632h - 633h - 634h - 635h - 636h - 637h - 638h - 639h - 640h - 641h - 642h - 643h - 644h - 645h - 646h - 647h - 648h - 649h - 650h - 651h - 652h - 653h - 654h - 655h - 656h - 657h - 658h - 659h - 660h - 661h - 662h - 663h - 664h - 665h - 666h - 667h - 668h - 669h -

CCF V11 4X0 2A 1J 4V 1C / 12 h. 12-24 1/2 296

18-36°C 12-24 16°C
78 h w 74 h w
170 x 100 mm 19 10 mm
20 rpm 110 x 80 mm b

SSUV
12h T 36.3°C
P 70 bpm
R 20 bpm
Ph: 130 bpm/kg

18h T 36.2°C
P 76 bpm
R 20 bpm
Ph: 140/180

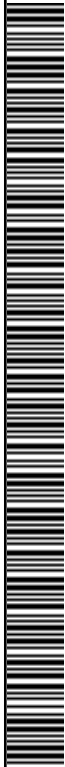
24h T 36.3°C
P 72 bpm
R 136 bpm
Ph: 120/180 mltg

Cenit:
T: 35.3°C
P: 67
R: 136
Ph: 120/170

HPSITAL REGIONAL SUL GOV. OTTOMAR DE SOUSA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA (MÉDICOS)

Dr. Gustavo Fung
Ontopelia
CRM-AR 125F



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOV. OTTOMAR DE SOUSA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA (MÉDICOS)

UNIDADE / SETOR HRSOSP / INTERMEDIÇÃO	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE	JOSÉ ALVES RABELO	23	Confere
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: DR.	05270.015	com original	
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	C. Debo. Br.	5:00	
	C. Debo. Br.	12:00	
	C. Debo. Br.	18:00	
	C. Debo. Br.	21:00	
	C. Debo. Br.	24:00	
	C. Debo. Br.	27:00	
	C. Debo. Br.	30:00	
	C. Debo. Br.	33:00	
	C. Debo. Br.	36:00	
	C. Debo. Br.	39:00	
	C. Debo. Br.	42:00	
	C. Debo. Br.	45:00	
	C. Debo. Br.	48:00	
	C. Debo. Br.	51:00	
	C. Debo. Br.	54:00	
	C. Debo. Br.	57:00	
	C. Debo. Br.	60:00	
	C. Debo. Br.	63:00	
	C. Debo. Br.	66:00	
	C. Debo. Br.	69:00	
	C. Debo. Br.	72:00	
	C. Debo. Br.	75:00	
	C. Debo. Br.	78:00	
	C. Debo. Br.	81:00	
	C. Debo. Br.	84:00	
	C. Debo. Br.	87:00	
	C. Debo. Br.	90:00	
	C. Debo. Br.	93:00	
	C. Debo. Br.	96:00	
	C. Debo. Br.	99:00	
	C. Debo. Br.	102:00	
	C. Debo. Br.	105:00	
	C. Debo. Br.	108:00	
	C. Debo. Br.	111:00	
	C. Debo. Br.	114:00	
	C. Debo. Br.	117:00	
	C. Debo. Br.	120:00	
	C. Debo. Br.	123:00	
	C. Debo. Br.	126:00	
	C. Debo. Br.	129:00	
	C. Debo. Br.	132:00	
	C. Debo. Br.	135:00	
	C. Debo. Br.	138:00	
	C. Debo. Br.	141:00	
	C. Debo. Br.	144:00	
	C. Debo. Br.	147:00	
	C. Debo. Br.	150:00	
	C. Debo. Br.	153:00	
	C. Debo. Br.	156:00	
	C. Debo. Br.	159:00	
	C. Debo. Br.	162:00	
	C. Debo. Br.	165:00	
	C. Debo. Br.	168:00	
	C. Debo. Br.	171:00	
	C. Debo. Br.	174:00	
	C. Debo. Br.	177:00	
	C. Debo. Br.	180:00	
	C. Debo. Br.	183:00	
	C. Debo. Br.	186:00	
	C. Debo. Br.	189:00	
	C. Debo. Br.	192:00	
	C. Debo. Br.	195:00	
	C. Debo. Br.	198:00	
	C. Debo. Br.	201:00	
	C. Debo. Br.	204:00	
	C. Debo. Br.	207:00	
	C. Debo. Br.	210:00	
	C. Debo. Br.	213:00	
	C. Debo. Br.	216:00	
	C. Debo. Br.	219:00	
	C. Debo. Br.	222:00	
	C. Debo. Br.	225:00	
	C. Debo. Br.	228:00	
	C. Debo. Br.	231:00	
	C. Debo. Br.	234:00	
	C. Debo. Br.	237:00	
	C. Debo. Br.	240:00	
	C. Debo. Br.	243:00	
	C. Debo. Br.	246:00	
	C. Debo. Br.	249:00	
	C. Debo. Br.	252:00	
	C. Debo. Br.	255:00	
	C. Debo. Br.	258:00	
	C. Debo. Br.	261:00	
	C. Debo. Br.	264:00	
	C. Debo. Br.	267:00	
	C. Debo. Br.	270:00	
	C. Debo. Br.	273:00	
	C. Debo. Br.	276:00	
	C. Debo. Br.	279:00	
	C. Debo. Br.	282:00	
	C. Debo. Br.	285:00	
	C. Debo. Br.	288:00	
	C. Debo. Br.	291:00	
	C. Debo. Br.	294:00	
	C. Debo. Br.	297:00	
	C. Debo. Br.	300:00	
	C. Debo. Br.	303:00	
	C. Debo. Br.	306:00	
	C. Debo. Br.	309:00	
	C. Debo. Br.	312:00	
	C. Debo. Br.	315:00	
	C. Debo. Br.	318:00	
	C. Debo. Br.	321:00	
	C. Debo. Br.	324:00	
	C. Debo. Br.	327:00	
	C. Debo. Br.	330:00	
	C. Debo. Br.	333:00	
	C. Debo. Br.	336:00	
	C. Debo. Br.	339:00	
	C. Debo. Br.	342:00	
	C. Debo. Br.	345:00	
	C. Debo. Br.	348:00	
	C. Debo. Br.	351:00	
	C. Debo. Br.	354:00	
	C. Debo. Br.	357:00	
	C. Debo. Br.	360:00	
	C. Debo. Br.	363:00	
	C. Debo. Br.	366:00	
	C. Debo. Br.	369:00	
	C. Debo. Br.	372:00	
	C. Debo. Br.	375:00	
	C. Debo. Br.	378:00	
	C. Debo. Br.	381:00	
	C. Debo. Br.	384:00	
	C. Debo. Br.	387:00	
	C. Debo. Br.	390:00	
	C. Debo. Br.	393:00	
	C. Debo. Br.	396:00	
	C. Debo. Br.	399:00	
	C. Debo. Br.	402:00	
	C. Debo. Br.	405:00	
	C. Debo. Br.	408:00	
	C. Debo. Br.	411:00	
	C. Debo. Br.	414:00	
	C. Debo. Br.	417:00	
	C. Debo. Br.	420:00	
	C. Debo. Br.	423:00	
	C. Debo. Br.	426:00	
	C. Debo. Br.	429:00	
	C. Debo. Br.	432:00	
	C. Debo. Br.	435:00	
	C. Debo. Br.	438:00	
	C. Debo. Br.	441:00	
	C. Debo. Br.	444:00	
	C. Debo. Br.	447:00	
	C. Debo. Br.	450:00	
	C. Debo. Br.	453:00	
	C. Debo. Br.	456:00	
	C. Debo. Br.	459:00	
	C. Debo. Br.	462:00	
	C. Debo. Br.	465:00	
	C. Debo. Br.	468:00	
	C. Debo. Br.	471:00	
	C. Debo. Br.	474:00	
	C. Debo. Br.	477:00	
	C. Debo. Br.	480:00	
	C. Debo. Br.	483:00	
	C. Debo. Br.	486:00	
	C. Debo. Br.	489:00	
	C. Debo. Br.	492:00	
	C. Debo. Br.	495:00	
	C. Debo. Br.	498:00	
	C. Debo. Br.	501:00	
	C. Debo. Br.	504:00	
	C. Debo. Br.	507:00	
	C. Debo. Br.	510:00	
	C. Debo. Br.	513:00	
	C. Debo. Br.	516:00	
	C. Debo. Br.	519:00	
	C. Debo. Br.	522:00	
	C. Debo. Br.	525:00	
	C. Debo. Br.	528:00	
	C. Debo. Br.	531:00	
	C. Debo. Br.	534:00	
	C. Debo. Br.	537:00	
	C. Debo. Br.	540:00	
	C. Debo. Br.	543:00	
	C. Debo. Br.	546:00	
	C. Debo. Br.	549:00	
	C. Debo. Br.	552:00	
	C. Debo. Br.	555:00	
	C. Debo. Br.	558:00	
	C. Debo. Br.	561:00	
	C. Debo. Br.	564:00	
	C. Debo. Br.	567:00	
	C. Debo. Br.	570:00	
	C. Debo. Br.	573:00	
	C. Debo. Br.	576:00	
	C. Debo. Br.	579:00	
	C. Debo. Br.	582:00	
	C. Debo. Br.	585:00	
	C. Debo. Br.	588:00	
	C. Debo. Br.	591:00	
	C. Debo. Br.	594:00	
	C. Debo. Br.	597:00	
	C. Debo. Br.	600:00	
	C. Debo. Br.	603:00	
	C. Debo. Br.	606:00	
	C. Debo. Br.	609:00	
	C. Debo. Br.	612:00	
	C. Debo. Br.	615:00	
	C. Debo. Br.	618:00	
	C. Debo. Br.	621:00	
	C. Debo. Br.	624:00	
	C. Debo. Br.	627:00	
	C. Debo. Br.	630:00	
	C. Debo. Br.	633:00	
	C. Debo. Br.	636:00	
	C. Debo. Br.	639:00	
	C. Debo. Br.	642:00	
	C. Debo. Br.	645:00	
	C. Debo. Br.	648:00	
	C. Debo. Br.	651:00	
	C. Debo. Br.	654:00	
	C. Debo. Br.	657:00	
	C. Debo. Br.	660:00	
	C. Debo. Br.	663:00	
	C. Debo. Br.	666:00	
	C. Debo. Br.	669:00	
	C. Debo. Br.	672:00	
	C. Debo. Br.	675:00	
	C. Debo. Br.	678:00	
	C. Debo. Br.	681:00	
	C. Debo. Br.	684:00	
	C. Debo. Br.	687:00	
	C. Debo. Br.	690:00	
	C. Debo. Br.	693:00	
	C. Debo. Br.	696:00	
	C. Debo. Br.	699:00	
	C. Debo. Br.	702:00	
	C. Debo. Br.	705:00	
	C. Debo. Br.	708:00	
	C. Debo. Br.	711:00	
	C. Debo. Br.	714:00	
	C. Debo. Br.	717:00	
	C. Debo. Br.	720:00	
	C. Debo. Br.	723:00	
	C. Debo. Br.	726:00	
	C. Debo. Br.	729:00	
	C. Debo. Br.	732:00	
	C. Debo. Br.	735:00	
	C. Debo. Br.	738:00	
	C. Debo. Br.	741:00	
	C. Debo. Br.	744:00	
	C. Debo. Br.	747:00	
	C. Debo. Br.	750:00	
	C. Debo. Br.	753:00	
	C. Debo. Br.	756:00	
	C. Debo. Br.	759:00	
	C. Debo. Br.	762:00	
	C. Debo. Br.	765:00	
	C. Debo. Br.	768:00	
	C. Debo. Br.	771:00	
	C. Debo. Br.	774:00	
	C. Debo. Br.	777:00	
	C. Debo. Br.	780:00	
	C. Debo. Br.	783:00	
	C. Debo. Br.	786:00	
	C. Debo. Br.	789:00	
	C. Debo. Br.	792:00	
	C. Debo. Br.	795:00	
	C. Debo. Br.	798:00	
	C. Debo. Br.	801:00	
	C. Debo. Br.	804:00	
	C. Debo. Br.	807:00	
	C. Debo. Br.	810:00	
	C. Debo. Br.	813:00	
	C. Debo. Br.	816:00	
	C. Debo. Br.	819:00	
	C. Debo. Br.	822:00	
	C. Debo. Br.	825:00	
	C. Debo. Br.	828:00	
	C. Debo. Br.	831:00	
	C. Debo. Br.	834:00	
	C. Debo. Br.	837:00	
	C. Debo. Br.	840:00	
	C. Debo. Br.	843:00	
	C. Debo. Br.	846:00	
	C. Debo. Br.	849:00	
	C. Debo. Br.	852:00	
	C. Debo. Br.	855:00	
	C. Debo. Br.	858:00	
	C. Debo. Br.	861:00	
	C. Debo. Br.	864:00	
	C. Debo. Br.	867:00	
	C. Debo. Br.	870:00	
	C. Debo. Br.	873:00	
	C. Debo. Br.	876:00	
	C. Debo. Br.	879:00	
	C. Debo. Br.	882:00	
	C. Debo. Br.	885:00	
	C. Debo. Br.	888:00	
	C. Debo. Br.	891:00	
	C. Debo. Br.	894:00	
	C. Debo. Br.	897:00	
	C. Debo. Br.	900:00	
	C. Debo. Br.	903:00	
	C. Debo. Br.	906:00	
	C. Debo. Br.	909:00	
	C. Debo. Br.	912:00	
	C. Debo. Br.	915:00	
	C. Debo. Br.	918:00	
	C. Debo. Br.	921:00	
	C. Debo. Br.	924:00	
	C. Debo. Br.	927:00	
	C. Debo. Br.	930:00	
	C. Debo. Br.	933:00	
	C. Debo. Br.	936:00	
	C. Debo. Br.	939:00	
	C. Debo. Br.	942:00	
	C. Debo. Br.	945:00	
	C. Debo. Br.	948:00	
	C. Debo. Br.	951:00	
	C. Debo. Br.	954:00	
	C. Debo. Br.	957:00	
	C. Debo. Br.	960:00	
	C. Debo. Br.	963:00	
	C. Debo. Br.	966:00	
	C. Debo. Br.	969:00	
	C. Debo. Br.	972:00	
	C. Debo. Br.	975:00	
	C. Debo. Br.	978:00	
	C. Debo. Br.	981:00	
	C. Debo. Br.	984:00	
	C. Debo. Br.	987:00	
	C. Debo. Br.	990:00	
	C. Debo. Br.	993:00	
	C. Debo. Br.	996:00	
	C. Debo. Br.	999:00	

12 36,40 78 21 120x80
18 36,50 79 20 120x80
24 36,20 78 19 120x80
06 36,20 74 19 120x80

José Ananias L. 23

17.01.19 Paciente no leito, em repouso P. Anestésico
nas pernas quixos, apresenta sangramento
moderado em membro superior, este
em jejum P.O. desde a cirurgia Cere

Confere
com origina.

537180

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-01
HRS & O SP

05.370.016/01-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR GOMES DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 458
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: ____/____/____ O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICACÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTHESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INICIO:

FIMS

DURAÇÃO:

Diretor Geral
 CPF: 508.713.072-00
 MRS GOSP

RELATÓRIO CIRURGICO

05.370.016/04-1-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONI DE SOUSA DUARTE

Br. 174 - Km 458
CEP: 69.370-970
MINÓPOLIS

FORAINÓPOLIS

① 1 - 6 D H S P A.

② Mepsc / Ant-mepsc / Cyoc

③ Encatno-s: pñcl. ex pñto diáfno
no laxe oescl pñno e x l'banan h
con l'banan pñno, pñno, pñno

④ pñno-s l'banan mēno anj. r.
catro ll de olara redupcl.

phalery. ce pñno T E D + pñno





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor e Trabalho"

Emergência

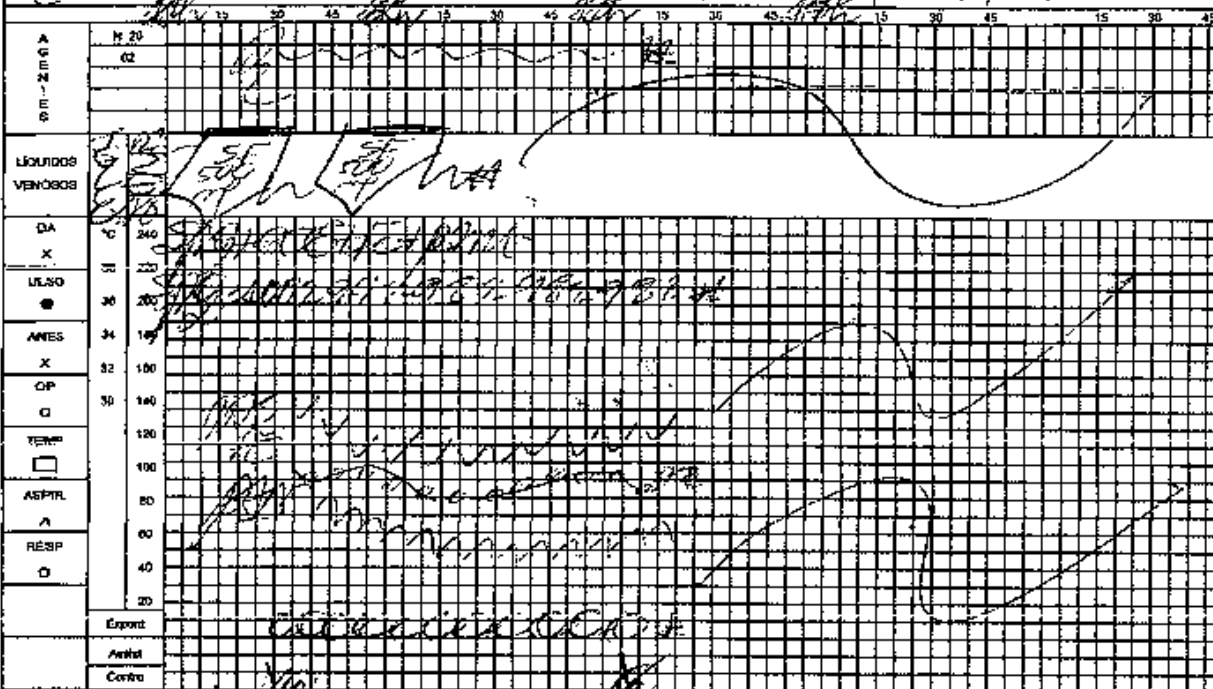
FICHA DE ANESTESIA

João Amaraente da Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

*Grindocilant 5mg (Dose 10:30h) e atropina
Ketalar 10mg*

Nº *1854-45*
17/01/19

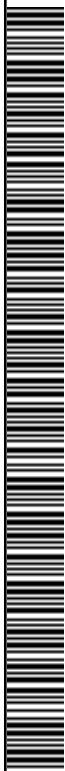
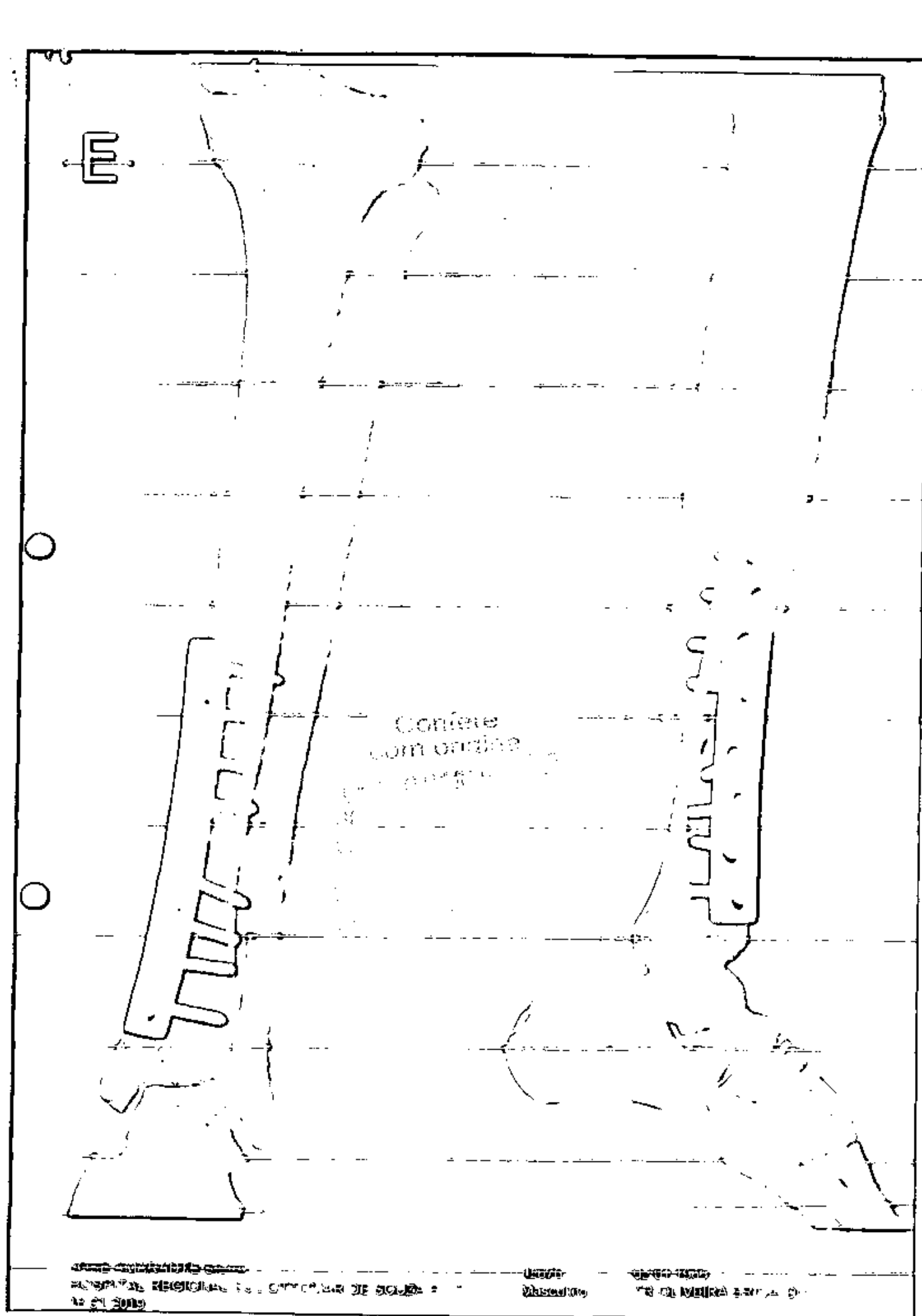


AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	<i>Neocaina 2%</i>			<i>2</i>
B	<i>Bupivacaína 0,5%</i>		<i>B.S.A.</i>	
C	<i>Epidural 20mg</i>			
D			<i>U - 3h/min</i>	
E				
F				
G				
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Circuito - Neop / Oro / Fartigue		
INDIC		Naso / Oro / Fartigue - Onda		
SANGUE		Tal - Tamp - Catete do Tubo		
		Boa Mucosa		
		Dificuldade Técnica		
TOTAL	<i>30min</i>	<i>10:30</i>		
OPERAÇÃO	<i>Osteotomia Int. Exposta para C1</i>			
ANESTESIA	<i>A. Pessa</i>	CÓDIGO	QUIRÓFANO	PERDA SANGÜÍNEA
			<i>Dr. Queiroz</i>	<i>Compatível</i>

João Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-00
NR 5305

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OSMAR S. BORGES
R. 74 - F. 505
CEP: 69.370-370

Confere
com origina.



Documento de identificação

140283

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 24/10/2006

JOSÉ ANARANTE DA SILVA

SEBASTIÃO LAGO DA SILVA
EUZANIRA VIEIRA DA SILVA
CHAPADINHA - MA

CERTID. NASC 501 FLS 126 LIV 01
SÃO LUÍZ DO ANAÚA - RR

391.404.172-20 *Polu*
2 VTA *Rita de Cássia Coelho de Araújo*
Diretora do IDOC

02/01/1966

P 20

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ORLÃO COUTO

Polígrafo Diferencial

José Anarante da Silva

6

CPF

Cadastro de Pessoa Física

Nome: JOSÉ ANARANTE DA SILVA

Numero de Inscrição: 5381404.172-20

Matrícula: 12078538

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042265101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD RENAVAM 00500346089 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE AMARENTE DA SILVA - RR

CPF / CNPJ 581.404.172-20 PLACA NUJ2679

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0540DR111280

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA *PAGO* VENC. COTA ÚNICA *PAGO* VENC. / COTAS 1* ***** 2* ***** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$81.29 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33 DATA DE PAGAMENTO 14/11/2018

SEM RESERVA DE DIREITO DE PROPRIEDADE PARA SAIR AMAZ
DETRAN-RR
JOVANDY

LOCAL SAO LUIZ-RR DATA 14/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042265101 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
581. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 14/11/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 581.404.172-20 PLACA NUJ2679

RENAVAM 00500346089 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2012 CALIBRE 9C2KD0540DR111280

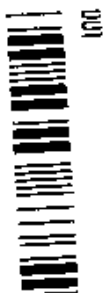
PRÊMIO TARIFÁRIO

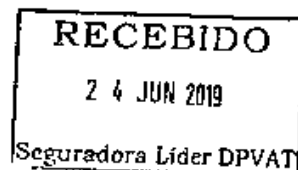
R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.13 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

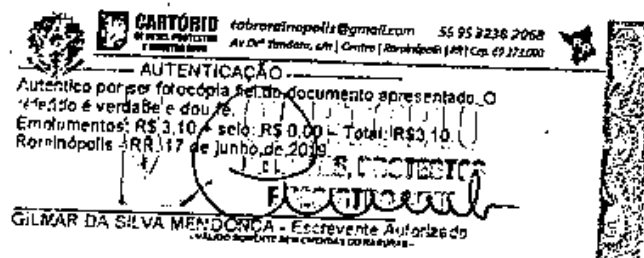
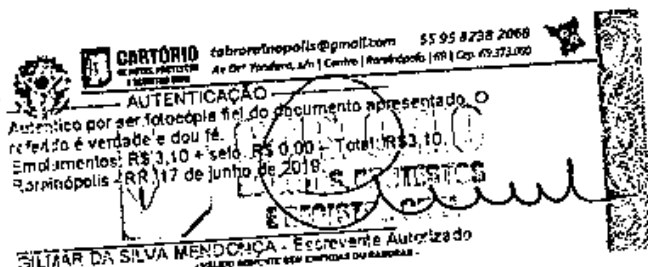
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 14/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.246.609/0001-04





DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042265101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00500346089		2018

NOME
JOSE AMARENTE DA SILVA

RR

CNPJ / CNPJ	PLACA
581.404.172-20	NUJ2679

PLACA ANT / UF	CHASSI
	9C2KD0540DR111280

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BRGS ESD	2012	2013

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0149CC/	PARTICU	VERDE

COTA ÚNICA	VENÇ. COTA ÚNICA	1ª	2ª	3ª
PAGO	*PAGO*	*****	*****	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$)	TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$0,00	R\$0,00	14/11/2018

SEM RESERVA **DETRAN-RR** **PROIB SAIR AMAZ**

LOCAL: **SAO LUIZ-RR** DATA: **14/11/2018**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A BLESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042265101 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
581 - PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CNPJ / CNPJ	PLACA
01	581.404.172-20	NUJ2679

RENAVAM	MARCA / MODELO
00500346089	HONDA/NXR150 BRGS ESD

ANO FAB.	DATA EMISSÃO
2012	14/11/2018

CHASSI
9C2KD0540DR111280

PREMIO TARIFARIO

COTA ÚNICA (R\$)	PREMIO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$0,00	R\$9,03	R\$90,33

COTA ÚNICA (R\$)	PREMIO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

14/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190215457
Nome do(a) Examinado(a):	JOSE AMARANTE DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	18, SN, CENTRO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	581.404.172-20
Data e local do acidente:	17/01/2019 SÃO LUÍS DO ANAUA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 16/09/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO DE MOTO/ANIMAL COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO MIE

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM MARÇO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MIE: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO E + LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO + DISCRETO COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

TORNOZELO E: COMPROMETIMENTO ANATOMO FUNCIONAL MODERADO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo



Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

ENDEREÇO ATUAL: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSÉ, MUNICÍPIO SÃO LUÍS DO ANAUÁ- RORAIMA


Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR



Vítima



PROTO

DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: João Amador da Silva
Data do Acontecimento: 13/03/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 583.404.372-20

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
• Todos os documentos devem estar legíveis
• Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do INSS - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DANOS

☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos dos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO(A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

E-mail: joao@ltda.com

Data: 01/03/2019

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Data:

01/03/2019

Assinatura

João Amador da Silva

583.404.372-20

0065



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:

Data do Acontecimento: 17/03/2019

Data do Atendimento: 05/04/2019

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

CPF: 030.404.312-20

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis

- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DANOS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos dos médicos (originais)
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

E-mail: wago.tam

Data: 05/04/2019

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (nome do ponto):

Atendente:

Data: 05/04/2019

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios da Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

DUT

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

JOSE AMARANTE DA SILVA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Outros



Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco



Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3190 215457

☒ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☐ Solicitação 07

☐ Solicitação 06

☐ Caixa Redistribuição

☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal

☐ Outros

Outros



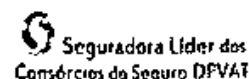
Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
24/06	

01/07 - 03/07 - 05/07 - 08/07 - 12/07 - 15/07 - 18/07
22/07 - 25/07 - 05/08

Nome: Rodrigo Pacheco



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

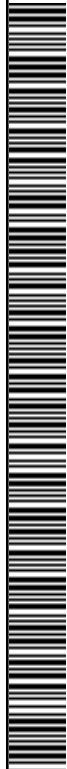
Data da entrega: 05/08/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

JOSE AMARANTE DA SILVA

Rodrigo Lopes Pacheco



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOSE AMARANTE DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO ESQUERDO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



 Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAX

DADOS DO SINISTRO

Natureza: Invalidez Permanente

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO ESQUERDO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Sim
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes:
Sequelas:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: % SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

